

Şanlıurfa İli Viranşehir İlçe Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin Aile İçi Şiddet Yaşantıları, Bilgi Düzeyleri ve Mağdurlara Yaklaşımları

Experience of Their Knowledge Levels and Practice on Suffered Persons on Domestic Violence of Medical Staff in Viranşehir Town, Şanlıurfa

Öznur KANDEMİR,^a
Dr. Mehmet Ali KURÇER,^b
Dr. Bora ÖZDEMİR^c

^aHalk Sağlığı AD,
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Zonguldak

^bViranşehir Devlet Hastanesi,
^cAdli Tıp AD,
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Şanlıurfa

Geliş Tarihi/Received: 25.03.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 17.11.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Mehmet Ali KURÇER
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı AD, Zonguldak,
TÜRKİYE/TURKEY
kurcer@hotmail.com

ÖZET Amaç: Sağlık çalışanlarının temel görevlerinden birisi şiddeti tanımak, şiddet mağdurlarına bakım sağlamak ve uygun hizmetleri sunmaktır. Bu çalışmanın amacı Şanlıurfa İli Viranşehir İlçe Merkezi'nde sağlık personelinin aile içi şiddet yaşantıları, bilgi düzeyleri ve mağdurlara yaklaşımlarının belirlenmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Bu tanımlayıcı çalışma; 2006 yılında Viranşehir Sağlık Grup Başkanlığına bağlı olarak çalışan 101 sağlık personelinin çalışmaya katılmayı kabul eden ve aydınlatılmış onam formunu imzalayan 87'si ile yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Sağlık personeline demografik özellikleri, aile içi şiddet konusunda geçmiş-şimdiki yaşantıları, bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarını içeren anket formu yönlendirilmiştir. **Bulgular:** Sağlık personelinin %20.6'sı çocukluklarında anne ya da babalarından fiziksel, %43.7'si ise sözlü şiddet gördüklerini, %8.1'i ise babalarının annelerine uyguladıkları fiziksel şiddete tanık olduklarını bildirmişlerdir. Sağlık personelinin % 84-100'ü fiziksel, sözel, duygusal ve cinsel şiddetin kapsamını doğru olarak bilmişlerdir. Ancak hemşirelerin, ekonomik şiddetin tanımına giren durumları, aile içi şiddet ayrıncı tanımını düşündürülen belirtileri bilme düzeyleri doktorlara göre anlamlı düzeyde düşüktür ($p < 0.05$). Ayrıca doktorlar ve hemşireler arasında aile içi ve cinsel şiddet mağdurlarına yaklaşımların bazılarında anlamlı düzeyde uygulama farkı vardır ($p < 0.05$). **Sonuç:** Doktor ve hemşireler, meslek dışı yaşamlarında aile içi şiddetle iç içedirler. Bu meslek grupları, şiddetin tanımını konusunda yeterli bilgiye sahip olmasına karşın, günlük mesleki uygulamaları sırasında aile içi şiddet mağdurlarını tespit etmede yeterli bilgi beceriye sahip olmadıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Aile içi şiddet; tıbbi personel, hastane

ABSTRACT Objective: One of the fundamental function of health professional is to recognize violence and to provide health care for violence victims and to present favorable services. Aim of this study is investigate of experience of theirself knowledge levels and practice on suffered persons on domestic violence of medical staff in Viranşehir Şanlıurfa. **Material and Methods:** This descriptive study was carried out among 87 physicians and nurses in Şanlıurfa Viranşehir Health Group Directory. A questionnaire form was include demographic characteristics, violence history in their childhood their adult family knowledge, their knowledge levels and their knowledges and practices about domestic violence. **Results:** 4% of physicians and 17.7% of nurses said that "We were suffered physical violence from our mother or our father". 56% of physicians and 61.3% of nurses were suffered verbal violence. 8.1% of physicians and nurses saw their fathers beat to mothers. 84-100 % of medical staff knew extent of physical, verbal, sexual violence truly. But nurses had significantly less knowledge levels about extent of economic violence and to make think of separate signs of domestic violence. In addition, there were significant differences of some of practice for domestic violence victims between physicians and nurses. **Conclusion:** Physicians and nurses are inside the domestic violence out of the medical practice. In contrast to these professionals have knowledge about definition of violence, especially nurses have not knowledge and skill about diagnose of domestic violence suffered persons.

Key Words: Domestic violence; medical staff, hospital

Aile içi şiddet, özel alanda gerçekleşen, aralarında kan bağı ya da hukuksal bağlılık bulunan, birlikte yaşayan, kısaca kendini aile olarak tanımlamış bir grup içerisinde zorlamak, aşağılamak, güç göstermek, öfke, gerginlik boşaltmak amacıyla bir bireyden diğerine yöneltilen fiziksel, duygusal, sözel, cinsel, ekonomik tiplerde olabilen her türlü şiddet olarak tanımlanmaktadır.¹ Aile içi şiddet bireyde fiziksel, ruhsal sorunlara, üretkenlik kaybına, birey ve ailenin yaşam kalitesinin düşmesine, aile bütünlüğünün bozulmasına, aile sağlığının bozulmasına neden olmakta, ailenin sağlığındaki aksama da toplumun sağlığına yansımaktadır.² Krantz ve Moreno; kadına yönelik şiddeti; cinsiyete dayalı olarak gerçekleşen ve kadınlarda fiziksel, cinsel, psikolojik herhangi bir zarar ve üzüntü sonucunu doğuran veya bu sonucu doğurmaya yönelik özel veya kamu yaşamında gerçekleşebilen her türlü davranış, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi olarak engellenmesi olarak tanımlamışlardır.³ Kadına yönelik şiddetin yaygınlığına ilişkin aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 48 ülkede yapılan başka bir araştırmanın sonuçlarına göre ise kadına eşi tarafından uygulanan fiziksel şiddet oranı %10-69 arasında değişmektedir.⁴ Türkiye'de yapılan bazı çalışmalara göre ise kadına eşi tarafından uygulanan fiziksel şiddet oranı %20.3-71.6 ve sözel şiddet oranı %53.0-89.0 arasında değişmektedir.⁵⁻⁹ Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı "Kadına yönelik şiddet. Öncelikli bir sağlık sorunu" başlıklı belgesinde, sağlık çalışanlarının, şiddete uğrayanın tanısını koyma, tedavi etme ve destek olmasının şiddetin önlenmesinde önemli bir yeri olduğu vurgulanmıştır.¹⁰ Sağlık çalışanları için kadına yönelik şiddetin öncelikli sorun olma nedenleri arasında; kadın nüfusun önemli bir bölümü için şiddetin yaygın ve ciddi sağlık sorunları yaratması, şiddetin bir çok önemli sağlık sorununa doğrudan olumsuz etkisi olması (güvenli annelik, aile planlaması, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi); sağlık çalışanlarının, şiddete uğramış birçok kadın için tek ilişki kurdukları, onlara destek ve bilgi verebilecek konumda olması yer almaktadır.¹¹ Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının temel rollerinden birisi şiddeti tanımak, bakım sağlamak, şiddet mağdurlarına uygun hizmetleri sunmaktır. Ancak son yıllarda ya-

pılan araştırmalar; sağlık personelinin şiddeti tanıma, önlemede, şiddetten uzak ve güvenli bir ortam oluşturmada yeterince etkin olmadığını ve sağlık çalışanlarının çoğu, şiddete uğramış kadının gereksinimlerini ve görüşmenin sorumluluğunu üzerine alacak eğitime sahip olmadığını göstermiştir.¹²⁻¹⁵ Ülkemizde aile içi şiddet konusunda sağlık personeline yönelik her hangi bir program bulunmasına karşın, 2007 yılında SHÇEK'e, Valilik ve İl Özel İdareleri'ne ve Belediyelere ait toplam 35 sığınmaevi hizmet vermektedir.¹⁶

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı; Şanlıurfa İli Viranşehir İlçe Merkezi'nde sağlık personelinin aile içi şiddeti tanıma ve önlem alma konusunda bilgi, görüş ve mesleki uygulamalarının belirlenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, Viranşehir Sağlık Grup Başkanlığına bağlı olarak çalışan, hemşire ve doktorların aile içi şiddeti tanıma ve önlem alma konusunda bilgi ve mesleki uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada araştırma bölgesi olarak Şanlıurfa İlinin Viranşehir İlçe Merkezi'nin seçilmesinin nedeni; Bu İlçede Kaymakamlık ve Belediyenin aile içi şiddetin önlenmesine büyük önem vermesidir. Örneklem seçiminde ilçede hastayla doğrudan ilgilenen 101 hemşire ve doktora ulaşılması hedeflenilmiş, 33 doktordan 25'i (%75), 67 hemşireden 62'si (%92) olmak üzere toplam 87 doktor ve hemşire çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılan sağlık personelinin 36'sı sağlık ocaklarında, 51'i ise Devlet Hastanesi'nde çalışmaktadır. Toplam katılma oranı %86.1'dir. Çalışmaya katılmayan doktor ve hemşireler anketi uygulayacak zamanlarının olmadığını dile getirdikleri için çalışmaya dahil edilmemiştir. Kesitsel tipte ki bu çalışmada 2006 yılında 87 doktor ve hemşire ile yüz yüze görüşülerek, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu uygulanmıştır. Anket formu; sağlık personelinin demografik özelliklerini sorgulayan 8, kendi ailesindeki şiddeti sorgulayan 2, şiddet konusundaki bilgi düzeyini sorgulayan 4, şiddet mağdurlarına kendi mesleki yaklaşımlarını sorgulayan 6 olmak üzere, toplam 25 maddeden oluşmaktadır.

Ankette doktor ve hemşirelere demografik özellikleri, aile içi şiddet konusunda çocukluk ve şimdiki aile yaşantıları, bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarını içeren sorular yüz yüze araştırma tekniği ile uygulanmıştır.

Veriler SPSS paket programı yardımı ile değerlendirilmiş, tanımlayıcı analizler ve önemlilik testlerinden ki-kare ile kullanılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılığı: Uygulanan anket güvenilirlik ve geçerlilik açısından incelenmemiştir.

BULGULAR

Sağlık personelinin yaş ortalaması 29.3 ± 4.62 olup, %70'i evli, %30'u bekar. Doktorların %4'ü, hemşirelerin %17.7'si çocukluklarında anne ya da babalarından fiziksel, doktorların %56'sı, hemşirelerin ise %61.3'ü sözlü şiddet gördüklerini, %8.1'i ise babalarının annelerine uyguladıkları fiziksel şiddete tanık olduklarını bildirmişlerdir.

Sağlık personelinin şu an ki ailesindeki şiddet durumu sorulduğunda; hemşirelerin %10.4'ü halen eşlerinden fiziksel şiddet gördüklerini bildirmişlerdir. Doktorlar ise eşleriyle aralarında fiziksel şiddetin olmadığını belirtmişlerdir. Sözlü şiddet hem doktorlarda (%70.8), hem hemşirelerde (%71.5) yüksek düzeydedir.

Doktor ve hemşirelerin çocukluk ve erişkinlik ailelerinde şiddetin herhangi bir türünün bulunma

durumu yönünden cinsiyetler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. 29 yaş ve altındaki sağlık personeli çocukluk dönemindeki ailelerinde anlamlı düzeyde fiziksel şiddetin var olduğunu bildirmelerine karşın yetişkinlikteki ailelerinde anlamlı düzeyin altında fiziksel şiddet tanımlamışlardır. Çalışılan kurumla çocuklukta aile içi şiddet arasında ilişki bulunmazken, sağlık ocağı hekim ve hemşireleri yetişkinlikteki ailelerinde anlamlı düzeyde yüksek aile içi şiddet tanımlamaktadır (Tablo1). Doktor ya da hemşireler arasında çocuklukta ve yetişkinlikteki ailelerinde var olan şiddet yönünden anlamlı fark bulunmamıştır.

Bu çalışmada sağlık personelinin şiddet türlerinin her birinin tanımına giren durumlar incelenmiştir. Sağlık personelinin %100'ü fiziksel ve sözlü şiddetin kapsamını doğru olarak bilmişlerdir. Ancak sağlık personelinin duygusal, ekonomik şiddetin tanımına giren durumları belirlemede farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir.

Doktor ve hemşirelerin duygusal şiddet tanımına giren durumları %84 ile 100 arasında doğru bildikleri ve aralarında bu yönden anlamlı fark bulunmadığı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi doktorlar (%96-100), hemşirelere (%71.2-74.4) göre ekonomik şiddet tanımına giren durumları anlamlı düzeyde doğru bildirmişlerdir.

TABLO 1: Sağlık personelinin cinsiyet, yaş, çalıştığı kurum ve statülerine göre kendi çocukluk ve erişkinlik ailelerinde şiddetin herhangi bir türünün bulunma durumu (n= 87).

Sağlık personelinin	Çocukluk Döneminde Aile içi Şiddet Görme Durumu			Erişkinlik Döneminde Şiddet Görme Durumu		
	Fiziksel %	Sözlü %	Yok %	Fiziksel %	Sözlü %	Yok %
Cinsiyeti						
Erkek	3.6	60.7	35.7	0	83.3	16.7
Kadın	18.6	59.3	22.0	11.4	65.9	22.7
Yaş Grupları		p= 0.074			p= 0.303	
29 ve altında	20.0	58.2	21.8	2.2	66.6	31.2
30 yaş ve üzerinde	3.1	62.5	34.4	15.4	76.9	7.7
Kurumu		p= 0.040			p= 0.021	
Sağlık Ocağı	8.3	61.1	30.6	11.0	47.2	36.1
Devlet Hastanesi	17.6	58.8	23.5	2.0	52.9	23.5
Statüsü		p= 0.419			p= 0.046	
Doktor	4.0	56.0	40.0	0	71.5	28.5
Hemşire	17.7	61.3	21.0	10.4	70.8	18.8
		p= 0.084			p= 0.129	

TABLO 2: Sağlık personeline göre duygusal şiddet tanımına giren durumları bilme düzeyleri (n= 87).

Duygusal Şiddet Tipleri	Şiddeti Bilme Düzeyi %	
	Doktor (n= 25)	Hemşire (n= 62)
Bağırma	84.0	91.9
Aşağılama	100.0	98.3
Lakap takma	88.0	93.5
Küfür etme	92.0	93.5
Terk edeceğini söyleme	96.3	96.0
Kuma getirme	96.0	95.3

*p< 0.05.

TABLO 3: Sağlık personeline göre ekonomik şiddet tanımına giren durumları bilme düzeyleri (n= 87).

Ekonomik Şiddet Tipleri	Şiddeti Bilme Düzeyi %	
	Doktor (n= 25)	Hemşire (n= 62)
İhtiyaçlarını kısıtlama	100.0*	74.4
Ekonomik gücü ilişkinin bitmesini önlemek için kullanma	100.0*	74.4
Eşin çalışmasını engelleme	100.0*	72.8
Fuhuşa zorlama	96.0*	71.2

*p< 0.05.

Doktor ve hemşirelerin cinsel şiddet tanımına giren durumları %91.3 ile 100 arasında doğru bildikleri ve aralarında bu yönden anlamlı fark bulunmadığı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Sağlık personeline günlük mesleki uygulamaları sırasında karşılaştıkları aile içi şiddet mağdurlarına yaklaşımları sunulmuş olup; Doktorlar, hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha sık tedaviden sonra adli tıbbı göndermekte ve mağdura hukuki hakları olduğunu ve haklarını aramasını söylemekte ve bilgi vermektedir. Bunun yanında sivil toplum kuruluşlarına, psikiyatrye sevk etme veya gitmesini önerme yönünden anlamlı fark yoktur. %1.6 ile 8'i Tablo 5'te görülen kendilerine özgü yaklaşımlarda bulduklarını bildirmişler. %5.7'si ise aile içi şiddeti ailenin özel konusu olarak görmekte idirler.

Sağlık personelinin cinsel şiddet mağdurlarına yaklaşımları ise Tablo 6'da verilmiştir. Doktorlar, hemşireler göre anlamlı düzeyde tedaviden sonra adli tıbbı sevk ediyor ya da gitmesini sağhyorken, sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı olma, kadın hastalıkları ve doğuma, psikiyatrye sevk

etme ya da gitmesini önerme yönünden anlamlı fark yoktur. Hemşirelerin %3.2'si ise cinsel şiddeti ailenin özel konusu olarak görmekte idirler.

Tablo 7'de Sağlık personelinin aile içi şiddet ayırıcı tanısını düşündükleri belirtiler sunulmuştur. Doktorlar hemşirelere göre aile içi şiddetin ayırıcı tanısını düşündüren belirtilerden; devamlı ortaya çıkan psikosomatik şikayetler, lezyonla uyumlu olmayan anamnez, lezyon oluşmasıyla başvuru zamanı arasındaki gecikmeyi düşünme düzeyleri anlamlı derecede yüksekken, tekrarlayan fiziksel travmalar, mağdurun suskun olması, kocasının, babasının anamnez vermesi hastanın çelişkili ifadeleri, suskun, içe kapanık olması gibi belirtileri düşünme yönünden hemşire ve doktorlar arasında anlamlı fark yoktur.

TARTIŞMA

Yaşadığı toplumun değerlerinden etkilenmesi doğal olan sağlık çalışanlarının, aile içi şiddete yönelik yaklaşımlarının bilinmesi önemlidir. Çünkü bu durum aile içi şiddet mağdurlarına sunulan hizmeti doğrudan etkileyebilecektir.¹⁷ Bu çalışmada; araştırmaya katılan doktorların yaklaşık %4'ü, hemşirelerin %18'i çocukluğunda ya da gençliğinde anne ve babasından fiziksel şiddet gördüklerini, hemşirelerin %10.4'ü ise şu an ki ailesinde fiziksel şiddet gördüklerini belirtmişlerdir. Hekimler ise şu anki ailelerinde şiddet görmediklerini ve şiddet uygulamadıklarını söylemişlerdir. Ayrancı ve ark.nın Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da, Ölmezoglu'nun İzmir'de yaptıkları çalışmalarda sağlık personelinin hemen tamamının çalışma koşullarında fiziksel ve sözlü şiddete uğradıklarının gösterilmesine karşın, sağlık personelinin aile içi yaşantısında var olan şiddet yeterince araştırılmamıştır.^{18,19} Bu çalışmada

TABLO 4: Sağlık personeline göre cinsel şiddet tanımına giren durumları bilme düzeyleri (n= 87).

Cinsel Şiddet Tipleri	Şiddeti Bilme Düzeyi %	
	Doktor (n= 25)	Hemşire (n= 62)
Tecavüz	100.0	100.0
Cinsel haz almaya yönelik davranışlar	92.0	95.3
Elle sarkıntılık	92.0	96.8
Laf atma	92.0	91.3

*p< 0.05.

TABLO 5: Sağlık personelinin aile içi şiddet mağdurlarına yaklaşımları (n= 87).

Sağlık personelinin Aile İçi Şiddet Mağdurlarına Yaklaşım Biçimleri	Yaklaşımın Sıklığı (%)	
	Doktor (n= 25)	Hemşire (n= 62)
Tedaviden sonra adli tıbbı sevk ediyorum- gitmesini öneriyorum	76.0*	51.6
Tedaviden sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı oluyorum	32.0	30.0
Psikiyatriye sevk ediyorum- gitmesini öneriyorum	24.0	16.0
Tedavisini yapar gönderirim, aile içi şiddet ailenin özel konusudur	0	6.5
Aile içi şiddet mağdurlarıyla hiç karşılaşmadım	4.0*	16.5
Her iki tarafı dinliyor, teskin ediyor ve mağdura sahip çıkıyorum	0	1.6
Duygusal yaklaşıyor, pasif olmayıp yardımcı olmaya çalışıyorum	4.0	0
Psikolojik destekle ve sivil toplum kuruluşlarına gitmesini öneriyorum	0	3.2
Şiddet uygulayana bir daha yapmaması konusunda uyarıyorum	0	1.6
Mağdura hukuki hakları olduğunu ve haklarını aramasını söylüyorum, bilgi veriyorum	41.0*	8.0
Mağdurla özel konuşur sonra karar veririm	8.0	0

*p< 0.05.

TABLO 6: Sağlık personelinin cinsel şiddet olgularına yaklaşımları (n= 87).

Sağlık personelinin Cinsel Şiddet Mağdurlarına Yaklaşım Biçimleri	Yaklaşımın Sıklığı (%)	
	Doktor (n= 25)	Hemşire (n= 62)
Tedaviden sonra adli tıbbı sevk ediyorum-gitmesini sağlıyorum	68.0*	43.6
Kadın doğuma sevk ediyorum-gitmesini öneriyorum	20.0	27.5
Tedaviden sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı oluyorum	20.0	16.1
Psikiyatriye sevk ediyorum-gitmesini öneriyorum	8.0	10.6
Tedavisini yapar gönderirim, cinsel şiddet tıbbın konusu değildir	0	3.2
Cinsel şiddet mağdurlarıyla hiç karşılaşmadım	8.0	10.6

*p< 0.05.

TABLO 7: Sağlık personelinin aile içi şiddet ayırıcı tanısını düşündürülen belirtileri bilme düzeyi (n= 87).

Aile İçi Şiddetin Ayırıcı Tanısını Düşündürülen Belirtiler	Belirtileri Bilme Sıklığı %	
	Doktor(N=25)	Hemşire(N=62)
Tekrarlayan fiziksel travmalar	77.1	70.7
Devamlı ortaya çıkan psikosomatik şikayetler	72.0*	59.5
Lezyonla uyumlu olmayan anamnez	68.0*	53.1
Lezyon oluşmasıyla başvuru zamanı arasındaki gecikme	68.0*	37.0
Mağdurun suskun olması, koca ya da babasının anamnez vermesi	4.0	0
Hastanın çelişkili ifadeleri,suskun, içe kapanık olması	0	4.8

*p< 0.05.

sağlık personeli halen ailelerinde %70'ler düzeyinde sözlü şiddet bulunduğunu bildirirken, Kurçer ve ark.nın çalışmasında Malatya'da ev hanımlarında bu oranın %18 olması, sağlık personelinin sorunlar karşısında fiziksel güç kullanmak yerine

sözel şiddetle tepki verdiklerini göstermektedir.⁸ Bu bulgular, sağlık personelinin de şiddetin uygulandığı toplumun bir parçası olmasından dolayı şiddet mağdurlarına yaklaşımını etkileyebileceği görüşünü desteklemektedir.²⁰

Sağlık personelinin çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde ailelerinde şiddetin herhangi bir türünün bulunma durumu yönünden cinsiyet ve statü bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. Aile içi şiddetin kadın erkek, doktor hemşire ayrımı yapmadan tüm sağlık personelinin bizzat kendi ailelerinde yaşadıkları bir durum olması, hizmet sunumu açısından olayı karmaşık bir hale getirmektedir. Yine bu çalışmada elde edilen sağlık personelinin mağdurlara yönelik farklı, kendilerine özgü, standart dışı uygulamalarının olası nedeni olabilir.

29 ve altındaki yaşlardaki sağlık personeli çocukluk döneminde ailelerinde anlamlı düzeyde daha fazla fiziksel şiddetin var olduğunu bildirmelerine karşın yetişkinlik döneminde ailelerinde anlamlı düzeyden az fiziksel şiddet tanımlamışlardır. Bu bulgular yeni nesil sağlık personelinin kendi çocukluğunda aile içi şiddet mağduru olmalarına karşın bunu erişkinlikteki ailelerine daha az yansıttığını göstermektedir.

Çalışılan kurumla çocukluktaki aile içi şiddet arasında ilişki bulunmazken, sağlık ocağı hekim ve hemşireleri yetişkinlik döneminde ailelerinde anlamlı düzeyde yüksek aile içi şiddet tanımlamaktadır. Toplumla iç içe yaşayan sağlık personelinin daha fazla fiziksel şiddete başvurması, buldukları topluma kültür alışverişinde bulduklarını ve onlar gibi davrandıklarını göstermektedir.

Sağlık personelinin tamamı fiziksel ve sözel şiddet, büyük çoğunluğu duygusal ve cinsel şiddet tanımına giren durumları bilmektedir. Buna karşın ekonomik şiddet tanımına giren durumlar doktorlar tarafından hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek oranda bilinmiştir.

Sağlık personeli; aile içi şiddeti belirlemede ve çözüm geliştirmede eşsiz bir konuma sahiptir.²⁰ Bu çalışmada doktor ve hemşirelere karşılaştıkları şiddet mağdurlarına yaklaşımları sorulduğunda; Yaklaşık %10'u şiddet mağdurlarıyla karşılaşmadıklarını söylemişlerdir. Literatürde bunun önemli bir bölümünün sağlık personelinin şiddet mağdurlarını tanımamasından kaynaklandığı bildirilmektedir.¹¹

Doktor ve hemşirelerin yarısına yakınının aile içi ve cinsel şiddet mağdurlarını tedaviden sonra adli tıba gönderdiklerini bildirmesi, önemli dü-

zeydeki şiddet olgusunun adli kayıtlara yansımadığını göstermektedir.

Bu çalışmada sağlık personelinin üçte ikisinin sivil toplum kuruluşları konusunda mağdurları bilgilendirmezlerken, Kanada'da ülke genelinde hekim ve hemşirelerin %80'i hastalarını gereken müdahaleden sonra bir sivil toplum kuruluşuna göndermektedir.²¹

Bunlar dışında doktor ve hemşirelerin her iki tarafı dinleyip teskin edererek mağdura sahip çıkırım, duygusal yaklaşım pasif olmamaya çalışırım, psikolojik destek vererek sivil toplum kuruluşlarına gitmesini öneririm, şiddet uygulayanı bir daha yapmaması konusunda uyarırım gibi kendilerine özgü yaklaşımlar sergiledikleri tespit edilmiştir. Bu bulgular sağlık personelinin şiddet mağdurlarına vermesi gereken danışmanlık hizmetinin belirli standartlara oturtulması için hizmet içi eğitim açığını ortaya koymaktadır. Son yıllarda ülkemizde de Doğanavşargil ve Vahip tarafından yapılandırılmış klinik standart aile içi şiddet soru formu geliştirilmiştir.²² Bu tür formlar yaygınlaştırılarak tüm kliniklerde şüphelenilen olgulara uygulanmalıdır.

Sağlık personelinin mesleki uygulamaları sırasında aile içi şiddetten şüphelendikleri durumlar farklılık göstermektedir. Sağlık personelinin yaklaşık dötte üçü tekrarlayan fiziksel travmalardan, yarısından çoğu çelişkili ifadelerinden, lezyonla uyumlu olmayan anamnezden ve devamlı ortaya çıkan psikosomatik şikayetlerden yaklaşık yarısı ise lezyonun meydana gelmesi ile başvuru zamanı arasındaki gecikme durumunda ile içi şiddetten şüphelenmektedir. Mağdurun suskunluğu, içine kapanık olması, hastanın yerine kocasını ya da babasının anamnez vermesi, ebeveynlerin veya kocasının şüpheli davranışları ise sağlık personelinin aile içi şiddetten daha az şüphelendikleri durumlardır. Miller ve ark. şiddetin sağlık kurumlarında tanınması ve müdahale edilmesi ile dörtte üçünün önlenilebileceğini göstermiştir.²³ Buna karşın, Siegel ve arkadaşları aile içi şiddet mağdurlarının %10-40'nın sağlık personeli tarafından fark edildiğini ve mağdurların sağlık kuruluşlarına ziyaretleri sırasında şiddetle ilgili soruların pek sorulmadığı bildirmiştir.²⁴ Subaşı, sağlık çalışanlarının bu konuda

isteksiz oldukları,²⁵ Tılıç ise şiddete uğrayan kadınların yardım aramada tereddüt içinde oldukları belirtmiştir.²⁶ Hamberger'in çalışmasında olduğu gibi; şiddet mağduru kadınların sağlık kuruluşlarına gittiklerinde bu durumun yalnızca %1'inin sağlık personeli tarafından irdelendiği ortaya koyması bu savı doğrulamaktadır.²⁷

Diğer yandan doktor ve hemşireler aile içi şiddet olgularını saptarlarsa büyük çoğunlukla kayıtsız kalmamaktadırlar. Sağlık personelinin yalnızca %5.7'si aile içi, %2.3'ü cinsel şiddetten şüphelendiklerinde tıbbi tedavisini yapıp gönderdiklerini, aile içi ya da cinsel şiddetin ailenin özel konusu olduğunu düşünmektedirler. Samsun'daki tıp öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada da aile içi şiddetin, ailenin özel bir sorunu olduğu ve sağlık personelinin bu konuya karışmasının doğru olmadığı görüşü (%6.3) bu çalışmayla benzer olarak yaygın değildir.²⁸

SONUÇ VE ÖNERİLER

Şiddet sağlık personelinin yalnızca çalıştığı kurumda değil, kendi yaşantısında da mevcut olan bir durumdur. Bazen kendisi eşine veya çocuklarına şiddet uygularken bazen de kendisi mağdur olabilmektedir.

Sağlık personelinin şiddet tanımlarını yeterince bilmelerine karşın, özellikle hemşirelerin aile içi şiddetin ayırıcı tanısını düşündürecek belirtileri yeterince bilmedikleri tespit edilmiştir. Bu nedenle sağlık personeli için tutarlı kültürel olarak yetkin bir aile içi şiddet sorgulama sistemi geliştirilmelidir. Sağlık hizmeti verenler şiddet mağdurlarına tıbbi tedavi sağlamanın yanında, yaşanan şiddet hakkında nasıl soru soracaklarını öğrenmeli, empati kurulabilmeli, destek sağlayabilmeli, psikolojik danışmanlık yapabilmeli ve söz konusu kişileri yasal yardım ve destek hizmetlerine yönlendirebilmelidirler.

KAYNAKLAR

1. Moreno CG. WHO recommendations put women first. *Lancet*. 1999; 354(9195): 2075-6.
2. Tel H, Secret Health problem: Domestic violence and Nurses Attitudes. *C. U. Nurses High School Journal*; 2002; 6 (2).78-79
3. Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59:818-821
4. Violence by intimate partners. In: Krug G, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World report on violence and health*. WHO, Geneva, 2002: 87-122.
5. Gülçür L. Domestic violence against women Ankara Investigation. in: İlkaracan P, Gülçür L, Arın C eds. *A hot home story: Domestic violence and Sexual abuse: 1. Edition*, İstanbul, Metis Press, 1996:40-55.
6. Mayda AS, Akkuş D. Domestic violence against 116 Turkish housewives:A field study. *Women Health* 2004;40:97-110.
7. TC Primeminister Family Investigation Institute. *Reason and Result of Domestic violence 1. Edit.*, Ankara, Zet Nielson Company, Bizim Büro Press, 1995:205.
8. Kurçer M. A, Gülsen Güneş, Metin Genç. *Domestic violence against married women and effecting factors in two different Socioeconomic Regions in Malatya*. Sağlık ve Toplum 1999;9:3-8.
9. Ergin N, Bayram N, Alper Z, Selimoğlu K, Bilgel N. Domestic violence: A tragedy behind the doors. *Women Health* 2005;42:35-51.
10. Taket A, Jo Nurse J, Smith K. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ* 2003;327:673-676
11. Krug E, Mercy J., Dahlberg L., Zwi A.The world report on violence and health *The Lancet*;360:1083-1088
12. Watts C., Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude *The Lancet*; 359:1232-1237
13. Heise L., Ellsberg M ,Gottemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports*. 1999;27:1-3.
14. Jackson D. Clare J. Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace - a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management* 2002;10: 13-20
15. Dijulio KS. Families in Crisis: Family violence: *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*, EM Varcolris (Ed), St Louis WB Philadelphia: Saunders Companies; 2003; p.387-437.
16. Altınay A, Arat Y.Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet.Punto Basımevi İstanbul:2007: 25-27
17. Gadomski A, Wolff D, Tripp M, Lewis C, Sort ML. Changes in health care providers' knowledge, attitudes and behaviours regarding domestic violence, following a a multifaceted intervention. *Akademic Medicine* 2001;76:10: 1045-52.
18. Ayrancı A, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2002; 3:147-154.
19. Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A: İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim* 1999; 14:420-425.
20. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen C. N, Mac Millan H.L. Factors influencing identification of and response to intimate .partner violence: a survey of physicians and nurses *BMC Public Health*. 2007; 7: 12
21. Hindin PK. Partner violence screening practices of certified nurse-midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(3):216-21

22. Doğanavşargil Ö, Vahip İ. Fiziksel Eş şiddetini Belirlemede Klinik Görüşme Yöntemi multipractice experience. Clin Pediatr (Phila). 2003;42(7):599-602 East Public Administery Pres. no:283 Ankara 1998.p.112-114
23. Miller D, Jaye C. Objectives; GPs' perception of their role in the identification and management of family. Family Practice 2007;24(2): 95-101
24. Siegel RM, Joseph EC, Routh SA, Mendel SG, Jones E, Ramesh RB, Hill TD Screening for domestic violence in the pediatric office: a
25. Subaşı N, Akın A. "Reason and Result of Domestic Violence Against Women and Gender.Hacettepe University Women Problems Investigation Center, Hacettepe Üniversitesi Press, Ankara 2003.p.37-43
26. Tılıç H." Domestic violence; A sociologic Approach..Edit: Oya Çiftçi, Turkey and Middle
27. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M.Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician.Fam Med 1992;24(4):283-287
28. Tunçel E.K., Dündar C, Peşken Y. Investigate about domestic violence of nurse and midwife students.. Tıp Derg 2007;17(2): 105